

N°

THÈSE

414
ANNÉE 1933

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE (DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Edouard VANNIER

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX

Né à St-Georges-sur-Loire (Maine-et-Loire)

Le 16 décembre 1899

LES NÉPHRO-AORTITES SYPHILITIKES

(Étude clinique)

Président : M. RATHERY, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DU PALAIS
20, RUE GEOFFROY-L'ASNIER

1933

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

N°

ANNÉE 1933

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Edouard VANNIER

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX

Né à St-Georges-sur-Loire (Maine-et-Loire)

Le 16 décembre 1899

LES NÉPHRO-AORTITES SYPHILITIKES

(Étude clinique)

Président : M. RATHERY, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DU PALAIS

20, RUE GEOFFROY-L'ASNIER

1933

LISTE DES PROFESSEURS

DOYEN : M. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	N...
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	MARION.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	{ CARNOT.
	{ BEZANÇON.
	{ ACHARD.
	{ Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale ..	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	{ LENORMANT.
	{ CUNEO.
	{ GRÉGOIRE.
	{ GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	{ COUVELAIRE.
	{ BRINDEAU.
	{ JEANNIN.



Clinique gynécologique
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
 Clinique thérapeutique médicale
 Clinique oto-rhino-laryngologique
 Clinique thérapeutique chirurgicale
 Clinique propédeutique
 Clinique de la tuberculose
 Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte

Professeurs sans chaire

MM.
 J.-L. FAURE.
 OMBREDANNE.
 RATHERY.
 LEMAITRE.
 Pierre DUVAL.
 SERGENT.
 Léon BERNARD.
 MATHIEU.
 HOVELACQUE.
 MAUCLAIRE.
 MULON.
 VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ...	Neurologie et Psychiatrie.	JOANNON	Hygiène.
AUBERTIN	Pathologie médicale.	LABBE (Henri)	Chimie biologique.
BÉNARD (H.)	Pathologie médicale.	LAROCHE (G.)	Pathologie médicale.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.	LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
BRULE	Pathologie médicale.	LEVY-VALENSI ..	Neuro-psychiatrie.
BUSQUET	Pharmacologie.	LIAN	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.	MONDOR	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.	MOREAU	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.	MOULONGUET ..	Pathologie chirurgicale.
CHAILLEY-BERT ..	Physiologie.	MOURE	Pathologie chirurgicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.	OBERLING	Anatomie pathologique.
DOGNON	Physique.	OLIVIER	Anatomie.
DONZELOT	Pathologie médicale.	PIEDELIEVRE	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.	PORTES	Obstétrique.
FEY	Urologie.	QUENU	Pathologie chirurgicale.
GASTINEL	Bactériologie.	RICHET	Physiologie.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.	SANNIE	Chimie biologique.
D E GAUDART	Pathologie chirurgicale.	SEZARY	Dermatologie et Syphiligraphie.
D'ALLAINES	Histologie.	TROISIERS	Pathologie expérimentale et comparée.
GIROUD	Oto-rhino-laryngologie.	VALLERY-RADOT..	(Pasteur), Pathologie médicale.
HALPHEN	Pathologie médicale.	VAUDESCAL	Obstétrique.
HARVIER	Pharmacologie.	VELTER	Ophtalmologie.
HAZARD	Anatomie pathologique.	VIGNES	Obstétrique.
HUGUENIN			

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

Pour le service des examens.

MM.		MM.	
LEQUEUX	Obstétrique.	NEVEU-LEMAIRE..	Parasitologie.
LEROUX	Anatomie pathologi- que.	RETTERER	Histologie.
		ZIMMERN	Physique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.			MM.		
ABRAMI	Clinique	médicale.	PROUST	Clinique	chirurgi- cale.
CHIRAY	Clinique	médicale.	SCHWARTZ	Clinique	chirurgi- cale.
N... ..	Clinique	médicale.	LE LORIER	Clinique	obstétri- cale.
DUVOIR	Clinique	médicale.	LEVY-SOLAL	Clinique	obstétri- cale.
BASSET	Clinique	chirurgi- cale.	METZGER	Clinique	obstétri- cale.
CHEVASSU	Clinique	chirurgi- cale.	GUENIOT	Clinique	obstétri- cale.
HEITZ-BOYER	Clinique	chirurgi- cale.			
MOCQUOT	Clinique	chirurgi- cale.			

V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT, agrégé		Education physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.
WEIL-HALLE		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON PÈRE :

LE DOCTEUR EDOUARD VANNIER

Chevalier de la Légion d'Honneur, Croix de guerre

qui a toujours été pour moi l'Idéal du médecin. C'est
à sa tendre insistance que je dois la réussite de mes
premiers efforts et mon orientation homœopathique.

A MON ONCLE :

LE DOCTEUR LÉON VANNIER

Chevalier de la Légion d'Honneur

en reconnaissance de son enseignement et de la solli-
citude dont il a soutenu mes débuts d'homœopathe
à Paris.

A MON ONCLE :

LE DOCTEUR VICTOR LEROY

Chevalier de la Légion d'Honneur, croix de guerre

(tué à Verdun)

A MON « ONCLE » :

LE DOCTEUR JEAN HUMEAU

pour l'aide que j'ai toujours trouvée près de lui.

A MON FRÈRE :

HENRI VANNIER

Externe des hôpitaux

mon meilleur ami.

A MES GRANDS-PARENTS :

(in memoriam)

A MA FAMILLE

A MES AMIS :

ROBERT JULLIEN, ROBERT MERGER, CLAUDE DODD

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE :

LE PROFESSEUR RATHERY

Professeur de Clinique Médicale Thérapeutique

Médecin de la Pitié

Officier de la Légion d'Honneur

Hommage de reconnaissance et de respect.

A MON MAITRE :

LE PROFESSEUR AGRÉGÉ AUBERTIN

Médecin de la Pitié

Chevalier de la Légion d'Honneur

qui m'a inspiré ce travail et m'a toujours témoigné
une confiante sollicitude, en reconnaissance de tout
ce qu'il m'a appris.

A MON MAITRE :

LE PROFESSEUR FÉLIX DÉVÉ

*Professeur de Clinique Médicale à l'Ecole de Médecine de Rouen
Médecin de l'Hôtel-Dieu*

Chevalier de la Légion d'Honneur

Membre correspondant national de l'Académie de Médecine

qui m'a appris à observer un malade et m'a toujours
accordé une bienveillante attention, en hommage
d'admiration profonde.

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE ROUEN :

Stage :

M. LE PROFESSEUR F. DÉVÉ, 1921-22.

M. LE PROFESSEUR JEANNE (*in memoriam*), 1922.

M. LE PROFESSEUR LONGUET (*in memoriam*), 1922.

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS :

Stage :

M. LE PROFESSEUR RATHERY, 1922.

Externat :

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ALGLAVE, 1922-23.

M. LE PROFESSEUR GUILLAIN, 1923-24.

M. LE D^r FÉLIX RAMOND, 1924.

M. LE D^r FOURNIER (*in memoriam*), 1925.

M. LE PROFESSEUR NOBECOURT, 1925-26.

Internat :

M. LE D^r CHEVRIER, 1927.

M. LE PROFESSEUR LENORMANT, 1927.

M. LE PROFESSEUR VAQUEZ, 1928.

M. LE PROFESSEUR TEISSIER (*in memoriam*), 1929.

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ HUTINEL (*in memoriam*), 1929.

M. LE D^r PAPILLON, 1929.

M. LE D^r FAROY, 1930.

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ AUBERTIN, 1931.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX :

MM. ALAJOUANINE, DONZELOT

Médecins des hôpitaux, Professeurs agrégés à la Faculté

MM. LÉCHELLE, MARQUEZY, CELICE, PICHON,

MOUQUIN, COSTES, LAPORTE

Médecins des hôpitaux

MM. DESPLAS, WILMOTH, OBERLIN, AMELINE

Chirurgiens des hôpitaux

MM. LES DOCTEURS REILLY, BORDET, DERON

INTRODUCTION

La syphilis de l'aorte est une constatation clinique quotidienne. Toutes ses variétés ont été minutieusement étudiées et décrites aussi bien dans leurs signes que dans leurs complications.

Mais il est des notions plus récentes qui ont été surtout mises en évidence par GALLAVARDIN, de Lyon, et qui sont les divers modes de retentissement cardiaque de la syphilis de l'aorte.

En 1913, et en 1927, GALLAVARDIN décrit l'aortite syphilitique à forme d'insuffisance ventriculaire gauche et les cardio-aortites syphilitiques. A cette occasion il envisage les différentes formes principales d'aortite syphilitique qui ont toujours depuis des années fixé son attention et il distingue : les aortites localisées au segment artériel, et les aortites compliquées de cardiopathies, c'est-à-dire avec angine de poitrine, avec insuffisance aortique, avec myocardite. Enfin il envisage « les aortites compliquées de lésions rénales ou artérielles dans lesquelles un processus hypertensif vient doubler les lésions primitives et que l'on peut grouper sous le vocable de néphro-aortites syphilitiques ».

Ces « néphro-aortites » ont été jusqu'à présent signalées dans des articles divers à vrai dire peu nombreux surtout publiés par GALLAVARDIN, mais n'ont jamais fait l'objet d'une étude d'ensemble.

Durant notre séjour dans le Service de la Pitié de notre maître, M. AUBERTIN, nous avons eu l'occasion d'observer quelques malades dont les signes cliniques soulevaient précisément la question de la néphro-aortite syphilitique. A cette occasion, il

nous a paru intéressant de rechercher des observations de malades qui avaient séjourné dans le Service antérieurement et qui avaient pu présenter des troubles du même ordre.

Frappés par l'absence de travail d'ensemble sur les néphro-aortites syphilitiques nous avons entrepris d'en faire une étude clinique critique en montrant l'importance souvent méconnue de l'altération rénale proprement syphilitique et de son influence néfaste sur l'évolution générale de la maladie.

On pourra s'étonner de ne pas trouver dans ce travail de chapitre d'anatomie pathologique.

Outre qu'il faut un très grand nombre de pièces d'autopsie pour pouvoir établir un travail comparatif entre les différentes sortes de lésions rénales coexistant avec des troubles cardio-aortiques, le hasard a voulu que nous n'ayons pas pu dans la plupart de nos observations réaliser la nécropsie et nous nous en excusons.

D'autre part, l'étude clinique a surtout été le but de notre travail.

Nous tenons à exprimer ici toute notre gratitude à notre Maître, M. le Professeur Agrégé AUBERTIN, qui nous a indiqué l'intérêt de la question et qui nous a inspiré ce travail, pour la bienveillance de ses conseils, et pour l'affectueuse sollicitude qu'il nous a toujours témoignée.

Nous remercions M. le Docteur Louis GALLAVARDIN, Médecin des Hôpitaux de Lyon, d'avoir bien voulu nous faire tenir, avec une grande obligeance, les tirages à part où il mentionnait la néphro-aortite syphilitique.

HISTORIQUE

Dans ce court chapitre nous ne prétendons que montrer la préoccupation restreinte des auteurs en ce qui regarde la néphro-aortite syphilitique.

Certes la concomitance de troubles rénaux et de signes d'aortite syphilitique est connue depuis longtemps mais le plus souvent, l'on se contentait d'enregistrer la défaillance rénale comme une sorte de perte d'équilibre consécutif à l'asystolie, conséquence elle-même éloignée de l'aortite syphilitique. On voulait voir dans les troubles rénaux une prédominance de manifestations artérielles : athérome des artères rénales, stase sanguine par hypo-systolie ; bref, manifestations surtout passives du fonctionnement rénal secondaires aux manifestations cardiaques.

RENON, en 1906, faisant une leçon sur la cachexie anévrysmale l'identifie à la cachexie cardio-rénale et décrit, à l'occasion d'une observation, des lésions associées cardiaques et rénales, celles-ci caractérisées par une néphrite interstitielle. Il rapporte après les avoir recherchés dans les publications de la Société d'Anatomie cinq cas d'anévrysmes avec sclérose du rein et quatre cas d'anévrysmes avec congestion du rein.

Mais on voit bien que RENON n'est qu'effleuré par l'idée d'une « association » de lésions rénales et cardiaques contemporaines et de même origine.

GALLAVARDIN, en 1913, dans un article sur l'aortite syphilitique à forme d'insuffisance ventriculaire gauche écrit : « Il semble

que lorsque la vérole touche l'aorte il y ait deux organes que leur susceptibilité pathologique prédispose à l'atteinte du même poison, tout auprès le myocarde, au loin le rein ; sans doute parce que l'aortite syphilitique s'accompagne souvent d'artérite syphilitique plus ou moins généralisée et qu'il n'y a pas d'organes dont la destinée pathologique dépende plus de l'état de leur système artériel. Au cours des aortites syphilitiques cliniquement manifestes, qu'il s'agisse d'angineux, de sujets atteints d'insuffisance aortique ou d'anévrisme, il peut toujours se superposer une scène hypertensive ou cardiaque : la syphilis trône alors sur son trépied aortique, myocardique et rénal. Mais lorsque l'aortite reste muette, ces deux organes, le rein et le cœur sont là pour crier l'atteinte de la vérole. »

Si la syphilis du cœur a été amplement étudiée il n'en est pas de même de la syphilis rénale dans son association à l'aortite syphilitique.

En 1914, GALLAVARDIN encore, dans un article sur la sphygmomanométrie simple parle « des fortes hypo-tensions diastoliques : 26-10, 24-9 1/2, ... rencontrées jusqu'à présent seulement dans les néphro-aortites syphilitiques », et à cette occasion il éprouve le besoin d'expliquer sa dénomination et il ajoute : « c'est-à-dire dans les aortites syphilitiques avec insuffisance aortique et néphrite chronique concomittante de même nature ».

CHARLES FIESSINGER, en 1917, dans son livre sur le Traitement des maladies du cœur et de l'aorte en clientèle à propos de la tolérance de l'organisme pour l'iodure écrit : « tous ces sujets alors même que le rein ne semble pas touché et que la tension artérielle est normale ou à peu près, ont des reins fragiles comme l'a démontré RENON. D'une aortite à une néphrite la distance n'est pas grande. » A ce propos il rapporte certains cas d'intolérance rénale aux remèdes chez des aortiques syphilitiques, dont l'observation fut rapportée à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris en 1910.

En 1920, GALLAVARDIN, dans son beau livre sur la Tension artérielle en clinique, envisage à nouveau la question des néphro-aortites syphilitiques et il ajoute cette fois que certaines aortites

syphilitiques peuvent exister sans hypertension artérielle. Il dit que l'hypertension artérielle dans les néphro-aortites syphilitiques est fonction de la néphrite chronique syphilitique. Pousant plus loin ses déductions il se demande pourquoi la néphrite hypertensive ne pourrait pas survenir en dehors de toute aortite et se présenter comme unique manifestation de la vérole.

En 1923, AUBERTIN et PARVU publient une étude sur la constante uréique chez les hypertendus. Et ils concluent que chez les aortiques syphilitiques avec hypertension artérielle la constante d'Ambard est plus élevée que chez les autres hypertendus, traduisant ainsi « un fonctionnement rénal manifestement altéré et beaucoup plus défectueux ».

En 1927, GALLAVARDIN publie un article sur les cardio-aortites syphilitiques et propose une fois de plus de grouper sous le vocable de néphro-aortite syphilitique les aortites compliquées de lésions rénales ou artérielles dans lesquelles un processus hypertensif vient doubler les lésions primitives.

OBSERVATIONS

Parmi les multiples observations qui nous sont passées entre les mains nous en avons retenu quinze. Pensant que les observations de néphro-aortite syphilitique avec hypertension sont assez fréquentes et ont été certainement celles qui ont le plus fixé l'attention nous n'en présentons que trois. Les douze autres observations sont celles de malades à tension sensiblement normale, il nous a paru intéressant de les grouper à l'appui de notre opinion que la néphro-aortite peut exister avec le maintien d'une tension normale.

Observations avec hypertension

Observation I.

M. TAR..., 52 ans (malade personnel de M. AUBERTIN), vient consulter, le 14 avril 1931, pour de l'amaigrissement et un peu de gêne respiratoire. Il a été bien portant jusqu'en novembre 1930, où il a présenté une hémoptysie.

Ayant contracté un chancre syphilitique en 1918 il a été soigné régulièrement et depuis plusieurs années son Wassermann est négatif.

A l'examen on constate un malade amaigri qui a perdu 4 kgs en trois mois. Néanmoins son visage est congestionné.

Le cœur présente un souffle systolique de la pointe et un

souffle systolique de la base très nets avec un gros clangor du 2° bruit.

Pas de bruit de galop.

Le pouls est régulier à 60 et bondissant. Après l'effort il passe à 88 et l'auscultation ne montre pas davantage de bruit de galop.

La tension artérielle au Pachon est de 24-12 avec des oscillations très grandes.

Les artères sont dures.

La radioscopie montre une aorte élargie 4,5 et un gros ventricule gauche.

Enfin l'azotémie est de 60 gr.

Pendant les années 1931 et 1932 et jusqu'en mars 1933, le malade est suivi par M. AUBERTIN.

Il y a eu un léger oedème passager des membres inférieurs correspondant à des phénomènes discrets d'insuffisance ventriculaire gauche qui ont forcé le malade à changer son travail devenu trop fatigant.

La tension artérielle est restée entre 24/21 d'une part et 12/11 d'autre part.

L'albuminurie a oscillé entre 1 gr. et 50 cgr.

Il a eu des toni-cardiaques : ouabaine, strophantus, spartéine mais sans ouabaine intra-veineuse et il n'a pas refait de gros accidents d'insuffisance ventriculaire.

Toutefois il conserve actuellement toujours de l'albumine et surtout sa dyspnée persiste malgré un état cardiaque relativement satisfaisant.

Observation II.

Mlle GAL..., 21 ans, entre à la Pitié, Salle Davaine, lit n° 10, le 27 avril 1929.

Depuis l'âge de 15 ans elle présente des palpitations qui surviennent plus facilement à la moindre émotion mais depuis plusieurs mois elle s'est plainte à plusieurs reprises de douleurs

précordiales et de dyspnée d'effort. Ces phénomènes à l'effort présentent des paroxysmes qui durent huit à dix jours et qui s'accompagnent alors d'œdème malléolaire.

C'est pour un de ces épisodes que la malade est entrée à l'hôpital.

Antécédents. — Pas de rhumatisme articulaire aigu, coqueluche dans l'enfance. Régulée convenablement à 16 ans et demi.

Antécédents héréditaires et collatéraux sans intérêt.

A son entrée à l'hôpital elle présente comme signes fonctionnels une sensibilité précordiale et une dyspnée d'effort sans plus.

L'examen général montre déjà un érétisme cardiaque manifeste. La base du cou est battante surtout du côté droit. Il y a une très légère exophtalmie et dans les moindres mouvements une certaine agitation et même un léger tremblement menu et permanent.

Le cœur est augmenté de volume car la pointe bat sur la ligne axillaire dans le cinquième espace intercostal et la main perçoit un léger frémissement.

A la partie droite de la base du cou on constate une surélévation battante avec expansion et thrill.

L'auscultation montre un bruit de galop gauche et à la base un double souffle.

Le pouls est à 120.

La tension artérielle au Vaquez est de 24 et approximativement 7 ou 8.

L'étude des oscillations prises aux deux bras montre qu'elle sont plus fortes du côté droit.

Un orthodiagramme pratiqué par M. BORDET dans le laboratoire du Professeur VAQUEZ montre une grosse dilatation hypertrophique du ventricule gauche avec une forte dilatation cylindrique de l'aorte ; une aorte sombre, mais pas d'ectasie visible à la radio.

Les réflexes tendineux et pupillaires sont normaux.

Devant un tel ensemble de signes on pratique un Wassermann qui est négatif.

L'examen des urines montre des cylindres granuleux, trois grammes d'albumine mais pas de sucre et le dosage d'urée montre à ce moment 0 gr., 55 pour 1000 dans le sang.

Jusqu'au milieu de juillet la malade est mise au régime lacto-végétarien sans sel et on lui a fait au courant du mois de juin une série d'injections de novarsénobenzol intra-veineux totalisant un gramme, 20 pour la série.

La réaction de Wassermann qui avait été faite à la consultation une première fois a été refaite avant le traitement et une seconde fois après le traitement le 8 juillet. Elle a été chaque fois négative.

L'albuminurie s'est maintenue oscillant entre 3 gr., 75 cgr. pour être encore de 1 gr. au mois de juillet.

Le dosage d'urée montre une azotémie de 1 gr. le 17 mai, de 70 cgr. au mois de juin, de 65 cgr. à la fin de juin.

Depuis son entrée jusqu'au début de juillet la malade ne fait aucun épisode fébrile, elle présente une diurèse convenable oscillant entre un litre et demi et deux litres.

Enfin sa tension artérielle se maintient entre 20 et 17 comme maxima et toujours entre 5 et 8 comme minima.

Pendant tout son séjour la malade ne note guère d'amélioration dans son état, elle conserve des palpitations, un peu de dyspnée et une impression désagréable de battements vasculaires dans le cou.

Cliniquement tous les signes persistent sauf le bruit de galop qui a disparu sous l'influence d'une série de six injections d'ouabaïne intraveineuse faites pendant les huit premiers jours que la malade a passé à l'hôpital.

Pendant toute cette période le pouls est resté régulier.

Il est intéressant de signaler qu'on n'a trouvé aucun signe habituel clinique de syphilis. Les réflexes tendineux ont toujours été normaux, les pupilles réagissent bien à la lumière et à la distance, il n'y a pas de leucoplasie buccale, pas de déformation du squelette ni des dents.

Le foie et les poumons ont toujours été normaux.

Observation III.

M. ME..., Henri, 44 ans, entré à l'Hôpital Saint-Louis, le 21 avril 1922, lit n° 7.

Les douleurs précordiales accompagnées de palpitation et de dyspnée ont apparu 18 mois auparavant en 1921; hospitalisé à ce moment à l'Hôtel-Dieu il a dû présenter une crise d'asystolie avec dyspnée extrême et hémoptysie qui sont rentrées dans l'ordre après une saignée abondante. Sa réaction de Wassermann dans le sang étant positive on lui a fait en septembre 1921 un traitement qu'il a d'ailleurs très mal supporté de huit injections de novarsénobenzol, 9 injections de cyanure de mercure.

Dans ses antécédents directs on ne trouve pas de maladies sauf des troubles intestinaux avec urticaire en Janvier 1921. D'autre part, sa mère est morte d'une maladie de cœur.

A son entrée sa température est de 36,5 il est essoufflé, abattu, se plaint de douleurs précordiales et de douleurs de l'hypocondre droit. Il a de l'oedème des jambes et du purpura.

L'examen montre un frémissement cataire de la pointe.

On constate un souffle systolique de la pointe et surtout un double souffle de la base. Le pouls est régulier mais rapide, 116. La tension artérielle qui avait été prise un mois avant à la consultation et qui était de 17-2 1/2 est de 11-2 1/2.

Les poumons sont encombrés de râles.

Les reflexes tendineux et pupillaires sont normaux.

On pratique une purgation, une saignée par ventouses scarifiées et on prescrit 60 gouttes de digitaline en quatre jours.

Sous cette influence la tension artérielle se modifie jusqu'à être de 14-2 1/2 et les urines passent d'un demi litre à un litre.

L'albumine reste élevée à 4 grammes pendant les premiers jours puis baisse à 75 cgr. pour remonter à 2 gr. Azotémie 1 gr. 20.

Aucune modification cardiaque ni des oedèmes. Seul le purpura diminue.

Une nouvelle réaction de Wassermann est faite, elle est posi-

tive et on la fait suivre d'injection de cyanure de mercure intra-veineux, mais au bout de 14 jours d'hôpital la tension s'effondre à nouveau à 10-3 en même temps que le pouls reste à 120, régulier, que le malade reste abattu, devient subictérique et présente de la diarrhée. D'autre part sa température baisse jusqu'à 35°. Ce jour-là on pratique une injection d'huile camphrée puis d'ouabaïne intraveineuse. Mais il meurt une heure après.

Observations sans hypertension

Observation IV.

M. WAG..., 34 ans, entre à la Pitié, salle Jaccoud, le 15 avril 1929.

Venu à la consultation le 8 mars pour de la dyspnée d'effort on avait trouvé à ce moment un double souffle de la base, un bruit de galop et la radioscopie avait montré une forte dilatation avec hypertrophie du ventricule gauche, accompagnant une forte dilatation cylindrique de l'aorte. Les cavités droites n'étaient pas distendues. La tension artérielle était de 16-9.

A son entrée, le 15 avril, les signes d'oppression sont plus accentués à tel point qu'il ne peut pas se coucher. Il est pâle et tousse d'une façon si fréquente qu'il a des vomissements.

Le cœur est augmenté de volume, sa pointe est déjetée en dehors et l'on constate un double souffle de la base, un bruit de galop et en outre, un souffle systolique de la pointe irradié vers l'aisselle.

La tension artérielle est de 14-7 au Vaquez.

Une radioscopie montre cette fois une dilatation globale du cœur.

Le foie déborde de trois travers de doigt les fausses côtes et est douloureux.

La rate est percutable.

Les urines ne contiennent pas de sucre mais une quantité manifeste d'albumine, 50 cgr. au tube d'Esbach.

L'urée sanguine est de 85 cgr. pour 1000.

Etant donnée la pâleur du malade on pratique une numération globulaire qui montre :

Hémoglobine	90 %
Globules rouges	4.540.000
Globules blancs	13.200
Valeur globulaire	0,95

Les réactions de Wassermann et de Hecht sont positives.

Dans les antécédents on ne trouve aucune trace de rhumatisme et le malade reconnaît avoir eu un chancre en 1912.

Traité par 50 gouttes de digitaline en quatre jours et par des comprimés de spasmosédine le malade a une diurèse qui atteint 1 L. 1/2 sans que pour cela les signes fonctionnels et les signes cardiaques soient sensiblement modifiés.

Le 25 avril on commence une série de six injections d'ouabaïne intraveineuses. Malgré cela l'état s'aggrave. On pratique une injection de digitaline intraveineuse ; mais le malade meurt le 3 mai.

Observation V.

M. Paul BA..., 43 ans, entre à la Pitié, salle Lancereaux, n° 14, le 6 septembre 1929, pour des petites taches rouges disséminées sur le corps et qui sont apparues depuis trois semaines. Ce purpura s'est trouvé compliqué quatre ou cinq jours avant l'entrée du malade par un oedème des membres inférieurs.

Dans ses antécédents on ne trouve aucun signe de rhumatisme articulaire aigu mais pas davantage de syphilis. Paludisme en 1918.

Le malade est gêné légèrement pour respirer et présente un peu de douleur à l'effort dans la région précordiale.

L'examen montre un oedème des deux membres inférieurs banal et un purpura typique.

L'examen du cœur montre au foyer aortique un double souffle, et rien à la pointe.

Le pouls est régulier à 80. La tension artérielle au Vaquez est de 11-1.

Le foie est gros et douloureux.

La rate n'est pas perceptible.

Les reflexes tendineux et pupillaires sont normaux.

L'examen radioscopique du cœur montre une dilatation hypertrophique du ventricule gauche, une aorte large, opaque et une légère réaction pleurale droite.

Le temps de saignement est de 5 minutes.

Le temps de coagulation de 7 minutes.

Le caillot est rétractile.

Les urines contiennent des traces d'albumine, pas de sucre.

Le dosage d'urée dans le sang monte à 70 cgr. pour 1.000.

Le Wassermann est faiblement positif.

Le traitement a consisté en 40 gouttes de Digitaline, 3 gr. de salicylate de soude, 1 gr. 50 d'urotropine par jour.

Les urines ont atteint jusqu'à deux litres. Les oedèmes ont diminué légèrement.

Au bout de trois semaines on change la thérapeutique, on donne 4 gr. de chlorure de calcium, 1 gr. 50 de théobromine et on fait une série de 6 injections d'ouabaïne intraveineuses. Après avoir atteint une diurèse de 3 litres, le malade devient oligurique, fébrile; présente une réaction pleuro-pulmonaire importante et il meurt le 17 octobre 1929.

Observation VI.

M. BER..., 37 ans, entre le 6 octobre 1927 à la Pitié, salle Lancereaux, n° 1.

Il présente une somnolence légère, une dyspnée irrégulière.

L'auscultation montre un double souffle aortique sans bruit de galop. Pouls régulier à 96. Tension artérielle 12-5.

Les réflexes sont normaux mais on constate un myosis marqué des deux côtés.

L'oedème des membres inférieurs atteint le genou.

Il y a des traces d'albumine et pas de sucre dans les urines.

L'urée sanguine est de 1 gr., 64.

Le Wassermann et le Hecht sont positifs tous les deux.

Malgré une saignée, un goutte à goutte glucosé, une injection quotidienne d'ouabaïne intra-veineuse, le malade meurt le troisième jour dans le coma.

Observation VII.

Mme DUF..., 61 ans, entre à la Pitié, salle Empis, n° 5, le 13 juillet 1929, pour des palpitations et de la dyspnée qui remontent à deux ans environ avec aggravation progressive et oedème malléolaire le soir.

Dans ses antécédents, jamais de rhumatisme articulaire aigu. Pas de commémoratifs de syphilis.

A son entrée elle présente une dyspnée permanente, un peu d'oedème des membres inférieurs et se plaint de palpitations:

L'examen montre un souffle systolique qui couvre toute la région cardiaque et un bruit de galop.

Le cœur est rapide et sourd, la tension artérielle est de 15-8.

Au bout de quelques jours on constate un léger roulement à la pointe, un souffle systolique à la pointe, un double souffle de la base. En outre, quelques extrasystoles. Néanmoins le pouls est pratiquement régulier, à 88. La T. A. est de 14-7.

Le foie est gros et douloureux.

Les oedèmes sont localisés aux membres inférieurs, plus marqués à gauche avec un peu d'hydarthrose.

Les poumons sont encombrés de râles.

Il n'y a ni albumine ni sucre dans les urines qui oscillent

autour de 600 grammes par jour. L'urée sanguine est de 60 cgr. et s'élèvera à 75 cgr. pour s'affaïsser ensuite à 35.

Le Bordet-Wassermann, le Hecht et le Kahn sont positifs.

Le traitement a consisté en alternances d'ouabaine intravaineuse et de digitaline. On y a adjoint des ventouses scarifiées, de la théobromine et par deux fois du neptal qui n'ont pas empêché la malade de mourir le 12 octobre.

Observation VIII.

M. DES..., 57 ans, entre à la Pitié, salle Lancereaux, le 28 octobre 1929, pour des crises d'étouffement. Cette dyspnée existe d'une façon variable depuis deux ou trois ans, mais surtout depuis six mois.

Dans ses antécédents, typhoïde à 28 ans, chancre syphilitique à 37 ans pour lequel il n'a jamais été soigné et dont il ne semble pas avoir eu jusqu'à présent d'accidents précis.

Jamais de rhumatismes.

La crise de février a débuté brusquement, a été surtout marquée par de la dyspnée sans douleurs rétro-sternales et sans expectoration. Une saignée et des injections d'ouabaine ont fait tout rentrer dans l'ordre. Une radio aurait montré à ce moment une ectasie aortique. On lui a fait également un Wassermann qui aurait été négatif, malgré cela il a reçu six injections de cyanure de mercure et seize injections de muthanol, puis une seconde série de muthanol quelques temps après.

Depuis février il a présenté encore quelques crises d'étouffement mais qui disparaissaient sans traitement.

Six jours avant son entrée à l'hôpital il a été pris d'une attaque plus violente que d'habitude, véritablement asphyxiante. Il est resté ainsi pendant cinq jours avec une dizaine de crises paroxystiques par vingt-quatre heures empêchant tout sommeil.

Dès son arrivée à l'hôpital une saignée, une injection de

morphine, une injection d'ouabaïne l'ont soulagé, mais il fallu recommencer ces trois interventions la seconde nuit.

Le malade est pâle ; opressé, légèrement subictérique. L'œdème des membres inférieurs remonte jusqu'aux cuisses.

On voit ses carotides soulevées à chaque systole.

La pointe du cœur bat dans le sixième espace intercostal.

On y trouve un souffle systolique.

A la base double souffle très net.

L'auscultation montre en outre des bruits sourds, des extrasystoles.

Le poulx est bondissant, égal des deux côtés.

La tension artérielle est de 16-6. La radioscopie montre une forte dilatation hypertrophique du ventricule gauche et une aorte très sombre et régulièrement dilatée.

Les poumons sont encombrés de râles des deux côtés.

Le foie est gros et douloureux.

Tous les réflexes sont normaux.

Pas de leucoplasie buccale mais ganglion susépigotrochléen.

Cicatrice de chancre sur le gland

Dans les urines pas de sucre mais de l'albumine.

Urée sanguine 0,70.

Hecht et Wassermann positifs.

Constante d'Ambard 0,14.

Après un traitement d'ouabaïne et de théobromine les oedèmes disparaissent ainsi que l'albumine mais l'urée reste à 0,50.

Au bout d'un mois une nouvelle crise de dyspnée malgré une série de cyanure intraveineux oblige à une saignée et à six nouvelles injections d'ouabaïne.

Néanmoins les crises persistent et nécessitent des ventouses scarifiées et l'alternance de digitaline et d'ouabaïne.

Pendant tout ce temps la tension artérielle reste sensiblement la même et les urines sont suffisamment abondantes.

Mais le 8 février 1920, après des crises de dyspnée plus violentes, une augmentation de volume du foie ; une hémoptysie survient puis une hémorragie intestinale et le malade meurt dans l'hypothermie le 9 février.

Observation IX.

M. PEN..., 57 ans, entre le 12 janvier 1928, à la Pitié pour des crises de dyspnée qui durent depuis un mois.

C'est brusquement, à ce moment là qu'il a été pris de toux, de crachats, de dyspnée avec un peu de fièvre à 39 et surtout une extrême fatigue. En outre, en un mois il a perdu 6 kgs.

Dans ses antécédents on retrouve à 20 ans un chancre syphilitique soigné par l'huile grise et du protoïodure.

Depuis il n'a jamais été malade. Marié il y a 18 ans, il a un enfant de 15 ans bien portant. Sa femme n'a jamais fait de fausse couche.

Actuellement il est pâle, fatigué.

La pointe du cœur est reportée en dehors et abaissée.

L'auscultation montre un bruit de galop et un souffle systolique de la base.

Son pouls est à 88 régulier.

Sa tension artérielle est de 13-9.

L'ortho diagramme montre une dilatation hypertrophique du ventricule gauche, une aorte largement dilatée et sombre, et une légère réaction pleurale bi-latérale.

Le foie déborde légèrement les côtes et est douloureux.

Les poumons sont encombrés de râles.

Léger oedème malléolaire.

Réflexes tendineux et pupillaires normaux.

Les urines sont peu abondantes, ne contiennent pas de sucre mais un peu d'albumine.

L'urée sanguine est de 55 cgr., puis de 82 cgr.

Les réactions humorales syphilitiques sont positives.

Après le traitement usuel : purges, ventouses, théobromine, on pratique une saignée suivie d'une série d'ouabaïne intraveineuse, puis de digitaline.

Malgré une nouvelle série d'ouabaïne précédée d'une ponction légèrement évacuatrice à droite le malade fait une embolie pulmonaire et meurt le 8 février 1928.

Observation X.

M. BOL..., 58 ans, entre à la Pitié le 18 janvier 1927, salle Lancereaux, n° 1, pour crise de dyspnée nocturne, dont la première date de huit semaines. Auparavant il n'avait eu que quelques bourdonnements d'oreilles, aucun signe d'hypertension et pas de troubles cardiaques. Ce n'est que deux ou trois jours avant la première crise dyspnéique qu'il a constaté un peu d'oedème malléolaire.

A son arrivée à l'hôpital il est oppressé, pâle, un peu subictérique, sans fièvre.

Le cœur présente la pointe dans le cinquième espace un peu en dehors.

A la pointe rien à signaler. A la base, double souffle aortique. Pas de bruit de galop.

Le pouls est régulier, à 72.

La tension artérielle est de 13-4.

L'orthodiagramme montre un gros cœur gauche, une aorte peu élargie mais très foncée.

Les urines sont abondantes, ne contiennent ni sucre, ni albumine. Le dosage d'urée montre 51 cgr. pour 1.000.

Le foie est un peu gros.

Les poumons sont congestionnés et gênés à gauche par un épanchement libre qui ponctionné montre une formule mécanique.

Les réflexes tendineux et pupillaires sont normaux.

On ne retrouve pas de signes cliniques de syphilis, mais le Wassermann est positif.

Après des ventouses scarifiées et une ponction pleurale une série complète d'ouabaïne intraveineuse suivie de digitaline et d'injections de quinby et de cyanure de mercure on voit apparaître un souffle systolique à la pointe.

D'autre part, après une crise d'oedème aigu s'installa un bruit de galop.

La tension artérielle reste sensiblement la même et l'urée

sanguine monte jusqu'à 51 cgr. Le malade meurt le 1^{er} avril 1927.

Observation XI.

M. EPER..., 51 ans, entre à la Pitié le 28 novembre 1928, salle Lancereaux, n° 8, pour de la fièvre, des phénomènes d'oppression et de gêne de la déglutition.

Ces signes sont apparus surtout il y a trois mois en commençant par les troubles de déglutition. Il s'est installé progressivement une sténose œsophagienne qui fait qu'à son entrée il n'absorbe plus aucun aliment solide sans avoir des régurgitations immédiates.

La dyspnée d'effort est suffisante pour l'astreindre à une marche lente.

En outre il a une voix et une toux bitonales.

Dans ses antécédents en dehors de commémoratifs nets d'alcoolisme on ne trouve rien à signaler.

L'examen montre un cœur régulier sans souffle.

Le pouls des deux radiales est égal et synchrone entre eux et avec le cœur.

La tension artérielle est de 13-7 à droite avec indice oscillométrique de 7 et de 12-6 à gauche avec indice oscillométrique de 6.

Les réflexes tendineux sont normaux.

Les pupilles sont normales, égales entre elles ; mais le réflexe à la lumière est lent.

Le foie est gros et sensible. La rate est percutable.

L'examen radioscopique du cœur montre une grosse masse sombre dans la région aortique sans battements d'ombre non homogène et dont le développement se fait dans les positions obliques vers le médiastin postérieur amenant une compression de l'œsophage au niveau de la troisième dorsale. Par ailleurs, l'aorte est fortement dilatée.

Le dosage d'urée dans le sang donne 60 cgr.

Les réactions de Wassermann et de Hecht sont positives mais faiblement.

Malgré un traitement d'acétylarsan et une ébauche de diurèse à un litre et demi, l'état général s'aggrave, les urines deviennent rares, la température atteint 39 et le malade meurt le 22 décembre 1928.

Observation XII.

M. CAZ..., 69 ans, entré le 12 avril 1929, salle Jaccoud, n° 14, pour de la dyspnée, des vertiges, des palpitations surtout depuis un mois. Il est obligé de dormir assis dans son lit.

Dans ses antécédents rien de particulier sauf cette gêne précordiale et cette dyspnée qui se sont installées très progressivement depuis plusieurs années.

L'examen du cœur montre un souffle systolique de la base et un clangor du deuxième bruit aortique.

Le pouls est régulier, à 60.

La tension artérielle est de 16-10.

L'ortho-diagramme montre une hypertrophie du ventricule gauche, une aorte large et un anévrisme de la portion descendante.

Le foie déborde un peu les côtes.

Les poumons sont encombrés.

Réflexes tendineux et pupillaires normaux.

Dans les urines pas d'albumine.

Urée sanguine 45 centigrammes.

Constante d'Ambard : 0, 14.

Wassermann positif.

Traité par du cyanure (2 séries) et par du novarsénobenzol (2 séries) le malade sort le 27 juillet moins dyspnéique avec une tension artérielle de 16-11 et une urée sanguine de 20 centigrammes, donc nettement amélioré par le traitement.

Observation XIII.

M. JUL..., 58 ans, entre le 27 avril 1929 à la Pitié, salle Lancereaux, n° 19, pour des crises douloureuses précordiales à l'occasion du moindre effort.

Il avait déjà été hospitalisé en juillet 1928 dans le même service pour les mêmes phénomènes et pour de l'albumine. On avait trouvé à cette époque un double souffle de la base et des battements anormaux dans le troisième espace intercostal gauche.

La tension artérielle était à cette époque de 17-6 à droite et de 16-6 à gauche.

L'urée sanguine était de 0 gr., 80.

Hecht, Wassermann positifs.

Après une série de cyanure intra-veineux le malade était sorti amélioré.

Mais depuis quelques semaines sa gêne respiratoire est beaucoup plus marquée et il a une récrudescence de douleurs précordiales depuis quinze jours.

L'examen montre une voussure au niveau du deuxième espace intercostal gauche, elle est battante.

L'auscultation montre un double souffle aortique, une tension analogue à celle de l'année précédente, un pouls à 76, régulier, pas d'albumine dans les urines. L'urée sanguine est de 80 centigrammes.

Poumons objectivement normaux.

Système nerveux cliniquement normal. Pas de signes pupillaires.

Wasserman toujours positif.

L'ortho-diagramme montre une forte dilatation hypertrophique du ventricule gauche ; une dilatation de l'aorte avec ectasie des portions ascendantes et horizontales.

Malgré des injections de cyanure et d'acétylarsan le malade meurt le 3 juin 1929.

Observation XIV.

M. ENJO..., 39 ans, entre à la Pitié, salle Jaccoud, n° 6 bis, le 21 juin 1929, pour des douleurs précordiales, des palpitations, de la dyspnée d'effort et une fatigue générale considérable.

Il a contracté la syphilis et la blennorrhagie d'un seul coup il y a huit ans et il a été soigné à cette époque par de l'huile grise et du novarsenobenzol.

A l'examen : souffle systolique et diastolique au foyer aortique.

Pouls à 90, régulier. Tension artérielle 12-8.

Poumons légèrement emphysémateux.

Foie normal.

Albumine légère dans les urines.

Dosage d'urée : 0 gr., 40.

Hecht négatif.

Quinze jours après son entrée il présente des arthralgies qui font administrer du salicylate de soude. Au bout de deux mois il présente un bruit de galop, des accidents de dyspnée paroxystique et meurt malgré l'ouabaïne intra-veineuse le 9 octobre.

Observation XV.

M. Jean LEG..., entre à l'hôpital de la Pitié, salle Lance-reaux, n° 14, le 31 octobre 1928. Il a 67 ans.

Il est très fatigué, il tousse, et sa voix est enrouée ; il a en outre une sensation de constriction de la gorge permanente avec une gêne de la déglutition prédominant pour les solides, de plus il a des crises de dyspnée nocturne. Tous ces phénomènes semblent remonter à peu près à trois années auparavant, il y a deux ans notamment il a déjà été hospitalisé pendant six semaines.

Dans ses antécédents syphilis contractée à 50 ans, congestion pulmonaire dans l'enfance, aucun autre antécédent intéressant.

Examen : Il est assis dans son lit, il respire péniblement. Sa voix est bi-tonale.

Dans la région précordiale la pointe bat dans le septième espace et l'auscultation montre un double souffle aortique. Le souffle diastolique est précédé d'un clangor.

Le pouls est à 120, régulier, la tension artérielle est de 12-7.

L'ortho-diagramme montre une augmentation considérable du ventricule gauche et surtout une distension aortique irrégulière portant sur la portion ascendante sur la portion horizontale et sur la portion descendante initiale, déterminant un triple anévrisme aortique.

Les poumons sont encombrés de râles banaux et repoussés par une légère réaction pleurale.

Le foie est un peu gros.

Les urines sont diminuées, ne contiennent pas d'albumine. Le dosage d'urée sanguine donne 1 gr., 20.

La constante d'Ambard donne 0,13.

L'examen du système nerveux montre une diminution des réflexes rotuliens, une inégalité pupillaire au profit de la droite. Les réflexes pupillaires sont paresseux.

Le Wassermann est positif le Hecht aussi.

Le malade meurt dans une crise d'oedème aigu, le 4 novembre 1928.

ÉTUDE CLINIQUE

A considérer les observations que nous avons conservées il est possible d'envisager trois sortes de manifestations de néphro-aortite que nous décrirons successivement en cherchant à propos de chacune d'elles à en fixer les caractères principaux et à en donner les éléments de diagnostic.

C'est ainsi que nous décrirons :

Des formes subaiguës récentes ;

Des formes chroniques anciennes ;

Des formes latentes.

Formes subaiguës récentes

Ce sont des malades qui se présentent généralement comme des aortiques chroniques avec les caractères de cette affection, c'est-à-dire le souffle systolique de la base et d'une façon tout à fait inconstante un souffle diastolique. Rien dans ces manifestations ne permet de préjuger qu'il s'agit d'une forme atypique d'aortite.

Cependant au cours de l'examen on est frappé par des signes fonctionnels et physiques qui attirent tout de même l'attention sur l'atteinte rénale et qui posent le problème des rapports évolutifs entre les troubles aortiques et les troubles rénaux.

Les troubles fonctionnels sont surtout la dyspnée, comme on peut le voir dans la plupart des observations que nous rapportons. Cette dyspnée survient à l'effort, elle est douloureuse mais ne s'accompagne pas de signes pulmonaires ou de signes cardiaques suffisants pour la justifier. De fait, la plupart de ces phénomènes dyspnéiques cèdent mal à une thérapeutique respiratoire ou cardiaque.

Les signes physiques sont souvent mis en évidence après avoir fait l'examen des urines, banal au cours de toute investigation clinique. On trouve à ce moment une quantité d'albumine certes très variable mais qui ne correspond pas à l'aspect clinique du malade et qui souvent surprend.

On pratique alors un dosage d'urée et l'on trouve une azotémie marquée pouvant aller jusqu'à 1 gr. ou 2 gr. comme dans certaines de nos observations.

Dans certains cas, l'albumine est peu importante, l'azotémie elle-même n'est pas considérable, par exemple : 0 gr. 60, 0 gr. 41 mais la constante d'Ambard peut montrer une élévation considérable.

Le diagnostic que l'on fait est celui d'aortite syphilitique. La syphilis est facilement dépistable en général, soit par les réactions humorales, soit par les simples antécédents. Les signes

mêmes d'auscultation, les caractères de l'orthodiagramme confirment le diagnostic d'aortite syphilitique.

Mais on s'étonne de trouver des manifestations rénales qu'on cherche à expliquer de diverses façons : On pense d'abord à un fléchissement cardiaque mais il n'en est rien, le cœur est régulier, le pouls un peu rapide et il n'y a pas de signes de décompensation. Au reste, si malgré tout on pense à une hypertrophie du ventricule gauche qui tiendrait sous sa dépendance l'albuminurie et l'azotémie, on essaie un traitement toni-cardiaque qui ne fait baisser le taux ni de l'une ni de l'autre.

On pense alors à une participation rénale vraie d'autant que dans certains cas on trouve des cylindres dans les urines comme dans l'observation n 2. On en recherche l'étiologie que l'on ne trouve pas : en particulier on n'arrive pas à mettre en évidence ni une maladie infectieuse antérieure ni un refroidissement net et l'on est souvent obligé en fin de compte d'envisager le rôle de la syphilis dans les troubles rénaux et de lui donner sa véritable importance.

La néphrite syphilitique associée à l'aortite ne se présente donc pas comme la syphilis rénale secondaire avec albuminurie massive et œdème ; elle ne se présente pas non plus comme une néphrite chronique banale et l'on peut dire qu'elle est caractérisée par l'albuminurie et l'azotémie coïncidant parfois avec la présence de cylindres rénaux.

Outre les signes d'aortite et les signes d'atteinte rénale il existe des signes d'hypertension inconstants.

A ce propos GALLAVARDIN dit qu'il y a presque toujours hypertension. Il dit bien : « la superposition d'un processus hypertensif à l'aortite syphilitique n'est nullement obligatoire..., le fait mérite d'être souligné. Il prouve que l'hypertension, lorsqu'elle existe, dépend moins des lésions de l'aorte que d'autres lésions associées et au premier chef d'altérations rénales dont la fréquence au cours des aortites syphilitiques a été depuis longtemps démontrée ». Mais il semble dans cette phrase même montrer la fréquence de l'association aortite syphilitique, néphrite, hypertension.

En réalité cette hypertension est loin d'être la règle. Sur sept observations d'aortite récente nous ne relevons que deux hypertensions manifestes toutes les deux à 24, observations un et deux, et les cinq autres, observations trois, quatre, cinq, six, quatorze, présentent des maxima qui oscillent entre dix-sept et douze.

Il est du reste intéressant de constater l'inconstance de l'hypertension. En effet, nous verrons tout à l'heure qu'en conséquence la notion d'hypertension est insuffisante à expliquer les manifestations rénales. Cela prouve aussi que les manifestations rénales syphilitiques qui nous intéressent tout en pouvant entrer dans le cadre des néphrites chroniques n'en présentent pas exactement les caractères.

L'évolution de ces formes subaiguës peut se faire de deux façons, soit vers l'insuffisance ventriculaire gauche, soit vers l'urémie.

L'asystolie dans certains cas est rapide, probablement liée, comme l'a montré GALLAVARDIN, à une atteinte cardiaque même par la syphilis.

L'urémie peut survenir d'une façon insidieuse et s'installer, rebelle aux traitements usuels. En effet, les manifestations urémiques sont alors le fait de la maladie syphilitique que les traitements rénaux ordinaires ne sauraient enrayer.

Bref il s'agit donc d'une aortite s'extériorisant surtout par une dyspnée douloureuse et persistante, caractérisée par les signes ordinaires de l'aortite, associés ou non à une hypertension artérielle. Au cours de son évolution on est tout étonné de constater des signes rénaux dont l'explication ne peut être fournie que par l'atteinte syphilitique du système rénal.

L'évolution de cette néphro-aortite est souvent assez rapide et n'est influencée ni par le traitement rénal ordinaire ni par le traitement cardiaque.

Toute cette description mérite d'être étayée par des considérations cliniques.

D'abord la néphro-aortite est justifiée par la fréquence de

l'association des troubles aortiques et rénaux qui apparaissent dans leur extériorisation comme contemporains. En effet il est très fréquent lorsqu'on examine un aortique syphilitique de constater des troubles rénaux souvent discrets mais indéniables.

Ensuite ces manifestations sont sensiblement les mêmes, qu'il y ait ou non hypertension : observations un, deux, trois, quatre, cinq, six et quatorze, ce qui tend à prouver que les troubles du fonctionnement rénal ne sont pas liés à des modifications de la pression artérielle.

De plus, l'évolution des troubles aortiques et cardiaques et celle des troubles rénaux est simultanée. L'aggravation est parallèle.

Enfin si l'on considère les néphrites en général, on ne trouve pas cette albuminurie, cette cylindrurie, cette azotémie indépendantes pratiquement de la valeur de la tension artérielle et dont le tableau ne peut être rattaché qu'à la syphilis même sans invoquer pour lui des troubles de l'hydraulique vasculaire.

Le diagnostic de la néphro-aortite est facile si l'on y pense. C'est celui de l'albuminurie et de l'azotémie chez les aortiques syphilitiques.

Il faut éliminer toutes les néphrites œdémateuses, car la plupart de ces malades n'ont pas d'œdème, ou bien alors c'est un œdème terminal. Il faut éliminer l'albuminurie infectieuse dont on ne retrouve aucun élément étiologique.

Il faut enfin éliminer l'albuminurie par défaillance cardiaque, ce qui est facile, car l'insuffisance ventriculaire gauche ne suffit pas à expliquer les chiffres que l'on trouve, et l'action des tonocardiaques se révèle impuissante à les réduire.

C'est ainsi par élimination qu'on arrive au diagnostic de néphrite syphilitique

Il serait du reste utile d'y penser plus souvent et l'on pourrait avoir ainsi sans doute de meilleurs résultats thérapeutiques.

Car le traitement dans nos observations n'a donné que peu d'amélioration. Nous verrons dans un autre chapitre à propos des formes latentes l'intérêt de cette question.

Formes chroniques anciennes

Nous ne voulons pas reprendre la description de la maladie de Hodgson dans sa forme syphilitique. Elle a été suffisamment décrite pour n'avoir pas à y revenir.

Mais suivant notre idée, nous voulons insister sur les rapports de l'hypertension d'une part, avec l'aortite et les troubles rénaux d'autre part.

Qu'il y ait ou non hypertension, qu'il y ait ou non anévrisme, les signes cardio-aortiques sont sensiblement les mêmes ; il est bien entendu que dans les cas d'ectasie, on peut voir avec une richesse variable, surajoutés aux signes propres de l'aortite, les signes de la néphrite.

Mais qu'il y ait aortite ancienne simple, aortite ancienne avec hypertension et avec ectasie, le rein montre toujours au moins des troubles fonctionnels.

Ces signes rénaux ne sont pas tellement les œdèmes ou la grosse albuminurie, comme on pourrait s'attendre à première vue.

Ce qui est intéressant, c'est de constater une azotémie plus ou moins marquée et des variations de la constante d'Ambard.

L'albuminurie en effet n'est pas du tout la règle dans ces formes anciennes, alors qu'au contraire on la trouve souvent dans les formes récentes : Observations 7, 10, 12, 13 et 15.

L'azotémie est certainement un signe plus intéressant : Observations 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, et ce qui est particulier quand on l'examine c'est qu'elle n'est pas très élevée. La plus forte dans nos observations atteint 1 gr. 64 (Observation 6). Elle n'est justement pas ce qu'on pourrait en attendre au cours d'une maladie de Hodgson déjà ancienne. D'autre part elle peut donner l'impression que le fonctionnement du rein n'est pas ou presque pas troublé, quand elle est basse 0 gr. 70 par exemple, 0 gr. 41 (Observations 8 et 12).

L'étude de la constante d'Ambard montre justement que l'alté-

ration rénale est plus marquée qu'on pourrait le penser. Constante à 0,14 (Observation 8), 0,14 (Observation 12), 0,13 (Observation 15).

On voit donc que dans ces formes anciennes d'aortite syphilitique on ne peut pas compter sur des signes cliniques pour mettre en évidence l'atteinte rénale. Les manifestations comme la dyspnée sont noyées dans les autres signes de l'aortite, et l'albumine est peu importante en général.

Ce sont la recherche du chiffre de l'azotémie et celle du chiffre de la constante qui permettent d'apprécier justement les troubles fonctionnels du rein.

Mais dans ces constatations de déficience rénale, quelle est la part, dira-t-on, de la syphilis, et quelle est la part de l'hypertension ?

GALLAVARDIN dit que la part de la syphilis justement est très grande. Il écrit : « l'extrême fréquence de la néphrite chronique hypertensive au cours de l'aortite syphilitique est une notion courante. Il serait puéril de prétendre que les plaques gélatineuses, l'ectasie aortique concommittante sont des lésions spécifiques et que la néphrite est d'ordre banal. N'est-il pas évident, au contraire, que tout est syphilitique, la néphrite et l'aortite ; et n'est-il pas légitime de désigner cette association morbide si commune sous le nom de néphro-aortite syphilitique ».

Il s'agit donc d'établir qui de la syphilis ou de l'hypertension a entraîné les troubles rénaux. En effet, tant qu'il y a hypertension on peut toujours soutenir qu'à elle seule elle suffit à entraîner l'albuminurie, l'azotémie et la constante élevées.

GALLAVARDIN, d'autre part, écrit « qu'il existe des aortites syphilitiques sans hypertension artérielle ». Pourquoi alors ne pas concevoir que cette aortite syphilitique ait évolué simultanément avec une néphrite du même ordre, sans qu'il y ait nécessairement entre elles un trait d'union hypertensif ?

De fait, pour soutenir l'idée de la simultanéité des deux lésions sans hypertension, l'étude de l'albuminurie est insuffisante. En

effet, au cours des hypertensions, toutes les variétés d'albuminurie peuvent se voir.

Mais l'étude de l'azotémie déjà donne des présomptions. Dans nos observations, les tensions assez faibles chez des malades non décompensés peuvent co-exister avec une azotémie relativement élevée. Et inversement (Observations 7, 8, 12, 13) à une tension relativement assez forte correspond une azotémie faible.

Mais c'est l'étude de la constante d'Ambard qui nous donne des notions intéressantes.

Au cours d'une étude sur la constante uréique chez les hypertendus, notre maître M. Aubertin, et M. Parvu groupent les différentes catégories de constantes et ils montrent qu'il en est trois variétés bien distinctes.

D'abord la constante des Brightiques avérés qui dépasse très rarement 0,12.

Ensuite la constante des hypertendus avec ou sans albumine dont certains chiffres sont 0,089, 0,078, 0,09, 0,076, c'est-à-dire des constantes à peu près normales. Ici il est important de souligner qu'il s'agit d'hypertendus avec ou sans albumine. Ce qui tend à montrer, comme nous le disions tout à l'heure, que la quantité d'albumine est insuffisante pour entraîner des conclusions d'absence ou d'existence de néphrite tout au moins chez les malades que nous étudions.

Enfin les deux auteurs abordent la constante des aortiques syphilitiques avec hypertension, et ils citent notamment deux exemples où sans albumine, sans œdème, sans décompensation cardiaque, mais avec des crises dyspnéiques et douloureuses, la constante d'Ambard était de : 0,194 pour l'un, et 0,172 pour l'autre. Ces observations, ajoutait M. Aubertin, montrent que : « le fonctionnement rénal était manifestement altéré et beaucoup plus défectueux que chez les hypertendus purs ».

Reste encore à poser la question de la part que peut prendre l'hypertension dans l'élaboration d'une pareille constante.

Nous avons pu précisément observer trois malades (Observations 8, 12 et 15), dont la tension artérielle pour des maladies de Hodgson déjà anciennes était vraiment moyenne, 16-8, 16-10, 12-7, et chez ces trois malades l'étude de la constante d'Ambard donnait les chiffres respectifs suivants : 0,140, 0,140 et 0,130. Sans atteindre absolument les chiffres qu'ont trouvés MM. Aubertin et Parvu, nous sommes tout de même avec ces trois constantes, loin des chiffres trouvés au cours des néphrites chroniques simples ou de l'hypertension avec ou sans albumine. D'autre part, le fait de cette constante élevée sans hypertension tend à prouver que les troubles rénaux constatés chez ces malades sont bien dûs à la syphilis.

Le diagnostic de ces formes anciennes de néphro-aortites ne peut se faire que si l'on pratique un examen absolument complet. Nous avons vu en effet que certaines d'entre elles ne comportent pas forcément de l'albumine. C'est donc par un triple examen : recherche de l'albumine, dosage de l'urée sanguine, recherche de la constante d'Ambard, que l'on peut mettre en évidence la participation rénale au cours des aortites.

Nous insistons encore sur l'importance de la constante d'Ambard que l'on n'a pas encore, selon nous, suffisamment mise en lumière dans les aortites syphilitiques. Il est possible qu'alerté sur la véritable nature de la néphrite on puisse mieux traiter ces malades par une thérapeutique spécifique prudente mais persévérante. Il est bien évident qu'il faut prendre garde à la « fragilité rénale » dont parlait déjà RÉNON, mais c'est précisément pour cela que le diagnostic doit être fait le plus tôt possible.

Formes latentes

Il va de soi qu'une description de la néphro-aortite syphilitique comporte des formes faciles à méconnaître. Ce sont : les aortiques qui ne semblent pas rénaux, et les rénaux qui ne semblent pas avoir de lésions aortiques.

Pour ce qui est du premier groupe de faits, sa préoccupation nous a donné plusieurs lignes perdues dans les ouvrages de RENON et de Charles FIESSINGER. La même idée a été méditée bien plus longuement par GALLAVARDIN, qui montre que les aortiques peuvent toujours être soupçonnés d'atteinte rénale plus ou moins marquée.

Il est de fait que tout aortique syphilitique n'est pas forcément en même temps un rénal. La recherche de l'albumine, le dosage de l'urée sanguine, l'étude de la constante peuvent être complètement négatifs. Il n'en est pas moins vrai que ces trois recherches devraient être pratiquées systématiquement chez tous les aortiques incriminés de syphilis.

Nous avons montré combien surtout le dosage d'urée et la constante sont intéressants.

Dans une recherche parallèle il faudrait songer à explorer systématiquement le système cardio-vasculaire et en particulier aortique de tous les rénaux.

Il est bien entendu que l'on prend la tension artérielle de tous les malades et qu'on leur ausculte le cœur. Mais chez un individu présentant une albuminurie variable, une azotémie au-dessus de la normale, une constante d'Ambard élevée, l'auscultation doit être dirigée plus particulièrement sur l'aorte, la tension artérielle soigneusement prise à différents moments et ces examens complétés, chose qu'on fait rarement, par un orthodiagramme du cœur et du pédicule vasculaire. Cet orthodiagramme peut montrer en l'absence d'une hypertension marquée, une hyperthrophie, voire même une dilatation du ventricule gauche en rapport avec une opacité anormale ou un élargisse-

ment pathologique de l'aorte. Les résultats radiologiques peuvent suffire à préjuger d'une atteinte aortique chez des rénaux en apparence purs.

Il n'en faudra pas plus pour rechercher attentivement tous les signes de la syphilis tant cliniques que biologiques, à l'appui d'un diagnostic auquel on n'avait peut-être pas songé tout d'abord.

Ces formes latentes sont importantes à connaître, parce qu'il faut essayer d'en entraver l'évolution non pas tant par une médication cardiaque que par une médication anti-syphilitique, qui risque toutes les chances de succès à cette période où le fonctionnement rénal et le fonctionnement cardiaque ne sont pas profondément troublés.

CONCLUSIONS

1° Il existe en association avec l'aortite syphilitique une altération rénale de même origine qui semble fréquente. Ces deux manifestations réalisent la néphro-aortite syphilitique.

2° Les néphro-aortiques syphilitiques se présentent en général comme des aortiques chroniques plus ou moins hypertendus, purs et simples en apparence. La nature syphilitique de leur affection ne fait pas de doute et est aisément prouvée par la forme douloureuse de leur aortite, par la notion des antécédents et celle des réactions humorales ; enfin par la radioscopie.

Mais on s'étonne alors de constater chez eux des signes rénaux : une albuminurie plus ou moins abondante, une azotémie élevée, avec une constante élevée.

On pense à un fléchissement cardiaque, mais il n'en est rien le plus souvent, et de fait, les toni-cardiaques ne vont abaisser ni l'albumine, ni l'azotémie, ni la constante. On pense alors à une participation rénale vraie, mais on ne peut pas en trouver d'étiologie en dehors de la syphilis.

3° Cliniquement on peut décrire à la néphro-aortite syphilitique :

— des formes subaiguës où, aux signes aortiques banaux s'ajoutent des signes rénaux, en particulier une dyspnée associée à une albuminurie et à une azotémie variables que n'expliquent ni l'état du cœur, ni l'hypo-

thèse d'une atteinte rénale toxique ou infectieuse dûe à une autre cause que la syphilis.

Ces formes s'accompagnent plus ou moins d'hypertension. Parfois même la tension artérielle est normale.

- des formes chroniques où les signes rénaux sont souvent discrets et où la constante d'Ambard souvent plus élevée qu'au cours des néphrites chroniques pures ou des hypertensions avec ou sans albuminurie prend une grande valeur.
- des formes latentes, soit chez des aortiques connus, soit chez des rénaux connus. Outre l'albuminurie, l'azotémie et la constante, l'ortho-diagramme parmi les examens cardio-aortiques est un des plus importants pour dépister la néphro-aortite.

4° L'évolution de ces formes cliniques se fait souvent vers l'insuffisance cardiaque à prédominance gauche, et parfois vers l'urémie à prédominance azotémique.

5° L'influence du traitement anti-syphilitique varie suivant sa précocité.

BIBLIOGRAPHIE

1. — TRAITÉS CLASSIQUES.
2. — AUBERTIN et PARVU :
 - La constante urémique chez les hypertendus. (*Archives des maladies du cœur et des vaisseaux*, 1923.)
3. — FIESSINGER :
 - Le traitement des maladies du cœur et de l'aorte, 1917.
4. — GALLAVARDIN :
 - Aortite syphilitique à forme d'insuffisance ventriculaire gauche. (*Lyon médical* n° 32, 10 août 1913.)
 - La sphygmomanométrie simple. (*Journal des Praticiens* 3 et 10 janvier 1914.)
 - La tension artérielle, 1920.
 - Des cardio-aortites syphilitiques. (*Marseille Médical*, 15 juillet 1927.)
5. — RÉNON :
 - Conférences pratiques sur les maladies du cœur et des poumons, 1906.
6. — SCHLESINGER :
 - Syphilis du système cardio-vasculaire, 1927.

Le Doyen
de la Faculté de Médecine,
BALTHAZARD.

Vu et approuvé :
Le Président de Thèse,
F. RATHERY.

Vu
et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Université
de Paris,
CHARLÉTY.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	15
HISTORIQUE	17
OBSERVATIONS	21
ETUDE CLINIQUE	39
<i>A. — Formes subaiguës récentes</i>	40
<i>B. — Formes chroniques anciennes</i>	44
<i>C. — Formes latentes</i>	48
CONCLUSIONS	51
BIBLIOGRAPHIE	53

IMPRIMERIE DU PALAIS
20, Rue Geoffroy-l'Asnier
PARIS (IV^e)